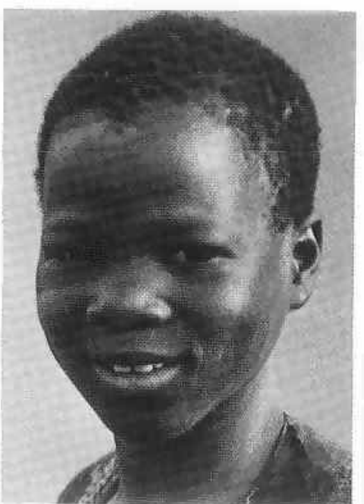


Mali

Enquête Démographique et de Santé au Mali 1987

RAPPORT DE SYNTHESE



NATIONS UNIS/ISAAC

Le présent rapport résume les conclusions de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Mali en 1987 par le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) de l'Institut du Sahel avec l'assistance technique de l'Institute for Resource Development/Westinghouse. Le financement provient de l'USAID. Le projet IMPACT du Population Reference Bureau a contribué à la rédaction et à la production du présent rapport de synthèse.

L'EDS au Mali fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé, dont l'objectif est de rassembler des données sur la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile. Des renseignements complémentaires sur l'Enquête au Mali peuvent être obtenus auprès du CERPOD, Institut du Sahel, BP 1530 Bamako, Mali. Pour tout renseignement au sujet du programme EDS, s'adresser à : DHS, Institute for Resource Development/Westinghouse, 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045, U.S.A. (Telex 87775).

Mai 1989

RÉSUMÉ

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Mali en 1987 montrent que les taux de fécondité restent élevés, en dépit d'une légère baisse dans les zones urbaines. Si ces taux se maintenaient, chaque femme donnerait naissance en moyenne à près de sept enfants durant sa vie féconde.

Les facteurs propices à une forte natalité sont :

- mariage et maternité précoces;
- préférence pour les familles nombreuses;
- faible taux d'utilisation des méthodes de contraception traditionnelles et modernes.

La pratique ayant le plus d'impact sur l'espacement des naissances en l'absence d'utilisation de méthodes efficaces de contraception est l'allaitement prolongé. Celle-ci accroît la période d'infertilité naturelle qui suit l'accouchement.



AID

Le faible taux de prévalence contraceptive s'explique par le manque d'information et les attitudes conservatrices à l'égard de la planification familiale. Rares sont les personnes interrogées qui ont pu spontanément citer une seule méthode contraceptive. Néanmoins, nombreuses sont celles qui aimeraient en apprendre plus. Moins de deux hommes en union sur dix et sept femmes en union sur dix approuvent l'utilisation de ces méthodes. Près de trois femmes sur quatre et un homme sur trois ont déclaré que la diffusion d'émissions radio ou télévisées sur l'espacement des naissances est acceptable.

Aux taux actuels,
les femmes maliennes auront
près de sept enfants
durant leur vie féconde.

La plupart des conjoints n'ont pas discuté entre eux de planification familiale. Il apparaît que beaucoup d'hommes et de femmes ont une opinion inexacte sur la position de leur conjoint dans ce domaine.

Bien que la plupart des femmes désirent une famille nombreuse, une demande potentielle en matière de planification familiale existe. D'après les estimations, une femme sur deux environ aurait besoin de ces prestations, soit parce qu'elle ne veut plus du tout d'enfants, ou bien parce qu'elle souhaiterait espacer sa prochaine grossesse d'au moins deux ans.

Un emploi plus généralisé de la contraception permettrait d'abaisser le taux de mortalité infantile grâce à la prévention des maternités à haut risque. L'EDS a montré que lorsque la mère a 19 ans ou moins, ou lorsque l'intervalle entre les naissances consécutives est inférieur à deux ans, le risque de mortalité avant le premier anniversaire est plus élevé.

S'agissant de la santé maternelle et infantile, les conclusions de l'enquête soulignent l'urgence de certains problèmes majeurs :

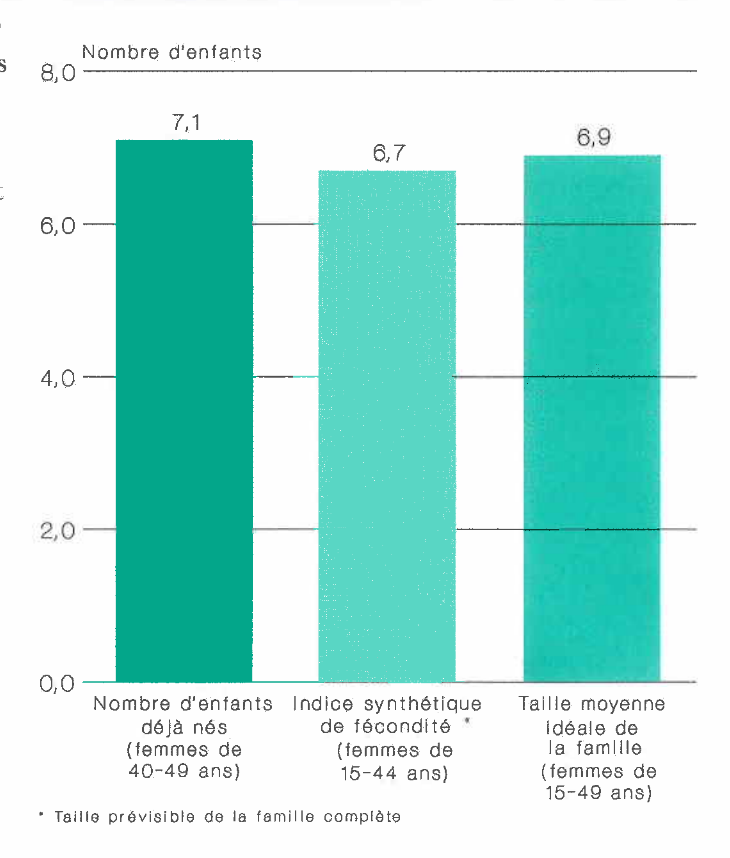
- la plupart des mères ne reçoivent aucun soin prénatal ni aucune aide de la part d'un personnel médical pendant leur accouchement;
- la majorité des enfants ne sont pas vaccinés contre les six principales maladies infantiles pour lesquelles il existe un vaccin;
- la diarrhée et la fièvre sévissent fréquemment chez les enfants;
- la thérapeutique par réhydratation orale (TRO), traitement le plus efficace contre la diarrhée, est peu connue et insuffisamment utilisée;
- peu d'enfants fiévreux sont soignés dans les formations sanitaires;
- les taux de malnutrition restent élevés parmi les enfants âgés de 3 à 36 mois.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est certes en baisse mais il reste élevé; un enfant sur quatre meurt avant son cinquième anniversaire. Des interventions axées spécifiquement sur l'amélioration des conditions sanitaires et nutritionnelles pourraient accroître les chances de survie de l'enfant.

Contexte de l'Enquête

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) au Mali présente des données sur les taux de fécondité, les connaissances, les attitudes et l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que sur la santé maternelle et infantile. Elle a été effectuée par le Centre d'Etudes et de Recherche sur la Population pour le Développement (CERPOD) de l'Institut du Sahel. Au total, un échantillon de 3200 femmes âgées de 15 à 49 ans et 970 hommes âgés de 20 à 55 ans ont été interrogés entre mars et août 1987, dans l'ensemble du pays. Dans un sous-échantillon regroupant 635 couples, on a comparé les réponses des maris à celles de leurs épouses. De plus, on a relevé des indicateurs de santé pour les enfants âgés de moins de cinq ans et l'on a aussi mesuré la taille et pris le poids de 1538 enfants âgés de 3 à 36 mois.

Figure 1
Nombre d'enfants déjà nés, indice synthétique de fécondité et taille idéale des familles



FÉCONDITÉ

Comme dans plusieurs autres pays africains, les familles nombreuses sont la norme au Mali. Si les taux de fécondité actuels se maintenaient, les femmes âgées de 15 à 44 ans donneraient naissance en moyenne à près de sept enfants durant leur vie féconde (voir Figure 1).

La fécondité varie selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Les femmes qui vivent en milieu urbain ont en moyenne 6,1 enfants contre 7,0 pour les femmes rurales. Les femmes résidant à Bamako ont le nombre moyen d'enfants le plus faible (5,4 enfants). Les mères ayant au moins fréquenté l'école primaire ont moins d'enfants que celles qui n'ont pas été scolarisées.

Facteurs démographiques de la fécondité

Les principaux facteurs qui influent sur les niveaux et les tendances de la fécondité au Mali sont : (1) le mariage précoce; (2) la maternité précoce; (3) l'allaitement prolongé. D'autres éléments, notamment la polygamie et l'abstinence, entrent aussi en jeu. L'utilisation de la contraception est faible et a donc peu d'impact sur la fécondité.

Nuptialité

Au moment de l'enquête, 92 pour cent des femmes et 79 pour cent des hommes étaient en union. Près de la moitié des femmes en union et un homme en union sur quatre étaient en union polygamique. La moitié des femmes ont un conjoint avant l'âge de 16 ans (ce qui est un âge très jeune même comparé à celui des autres pays du continent). L'âge du mariage est resté pratiquement constant durant les 35 dernières années, bien que les femmes de moins de 30 ans vivant en milieu urbain se marient un peu plus tard.

Age à la première maternité

La première maternité intervient généralement à l'adolescence pour plus de la moitié des femmes maliennes. En fait une femme sur dix donne naissance à son premier enfant à l'âge de 14 ans ou plus tôt. Ces grossesses précoces augmentent non seulement le taux global de fécondité générale, mais ont aussi des effets négatifs sur la santé des mères adolescentes et de leurs enfants.

La moitié des femmes au Mali ont eu leur premier enfant avant l'âge de 19 ans.

Figure 2
DURÉE DE L'ALLAITEMENT



EDS-Mali 1987

Allaitement et inféconditté postpartum

L'allaitement peut prolonger la période d'inféconditté qui suit la naissance et empêcher ainsi une nouvelle grossesse chez la mère pendant cette période.

La pratique de l'allaitement est quasiment universelle chez les femmes maliennes; plus de 90 pour cent des nourrissons âgés de moins de dix mois étaient nourris au sein (voir Figure 2). La moitié des femmes allaitent leur enfant au moins 18 mois. Les femmes résidant à Bamako et dans d'autres zones urbaines allaitent moins longtemps.

L'abstinence postpartum est relativement brève et n'influe presque pas sur la fécondité totale.

Préférences en matière de fécondité

Le niveau élevé de la fécondité au Mali reflète en partie une préférence pour la famille nombreuse. Interrogées sur ce qu'elles considèrent comme la taille idéale de la famille, les femmes indiquent un nombre moyen de sept enfants. Une femme sur quatre a répondu "que cela dépendait de Dieu" ou "qu'elle ne savait pas". En général, les femmes plus jeunes veulent moins d'enfants que leurs aînées, toutefois l'écart est faible.

Même si les femmes maliennes préfèrent une famille nombreuse, elles ont des grossesses non souhaitées ou survenant à un moment inopportun. Parmi les enfants nés l'année précédente, quatre pour cent d'entre eux n'étaient pas désirés initialement et 11 pour cent auraient été préférés plus tard.

Beaucoup de femmes aspirent à contrôler le nombre et le moment de leurs grossesses futures. Une femme en union sur six ne veut plus du tout d'enfant. Près d'une femme sur trois souhaite attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant.

PLANIFICATION FAMILIALE

Connaissance de la contraception

Au Mali, les hommes et les femmes ont des connaissances très limitées sur les méthodes modernes et traditionnelles de contraception. Moins de la moitié des femmes et deux tiers des hommes ont entendu parler au moins d'une méthode. Toutefois, la plupart d'entre eux ne la reconnaissent qu'après une description, ce qui laisse penser qu'ils n'en ont qu'une connaissance superficielle.

La connaissance et l'utilisation de la contraception sont faibles.

Les deux méthodes traditionnelles les plus connues sont l'abstinence prolongée et le "gris-gris".[1] Néanmoins, seuls une femme sur quatre et un homme sur trois peuvent nommer ou reconnaître l'une ou l'autre de ces méthodes. La connaissance de ces méthodes traditionnelles a peut-être été sous-estimée étant donné que les enquêtés sont réticents à discuter de tels sujets ou ne savent pas que certaines méthodes traditionnelles permettent d'espacer les naissances.

Les méthodes modernes les plus fréquemment reconnues sont la pilule, l'injection, le stérilet (DIU) et la stérilisation féminine. En règle générale, les méthodes modernes et traditionnelles sont plus souvent reconnues en milieu urbain qu'en milieu rural.

La plupart des femmes qui ont entendu parler d'une méthode de contraception peuvent citer une source à laquelle on peut s'approvisionner ou bien obtenir conseil. Le plus souvent, elles citent une source

AID

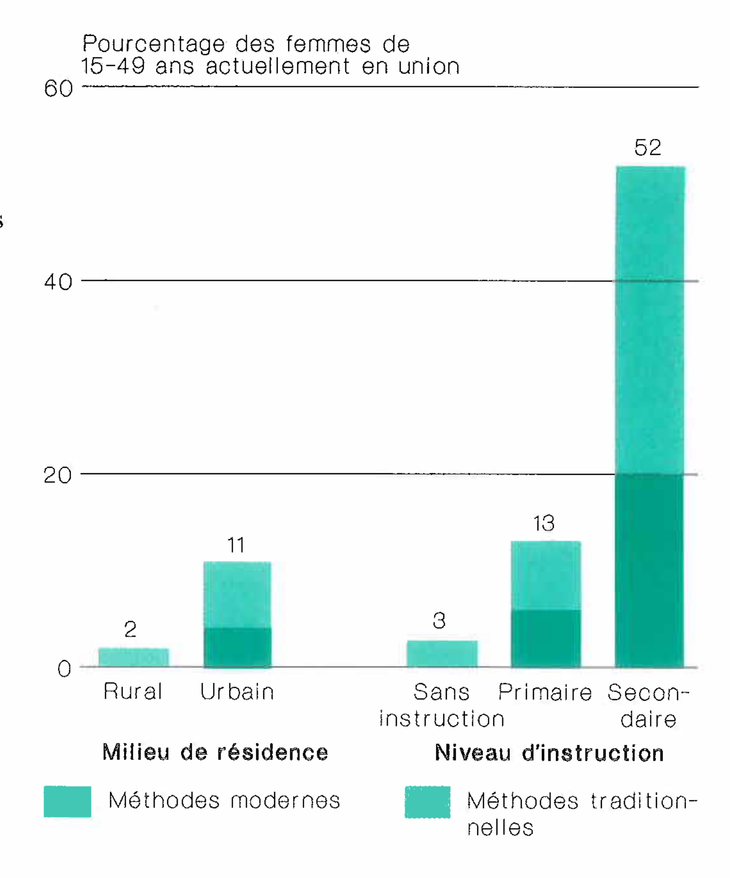
[1] Un gris-gris est généralement une petite bourse de cuir qui contient quelques versets du Coran ou des herbes, pour protéger celui qui la porte contre les mauvais sorts.

du secteur public telle que les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les dispensaires et les centres médicaux. Elles mentionnent également les hôpitaux et les pharmacies.

Utilisation de la contraception

Moins de cinq pour cent des femmes en union utilisent un moyen de contraception : trois pour cent utilisent des méthodes traditionnelles, un pour cent des méthodes modernes. La pratique de la contraception est nettement plus marquée en zone urbaine puisque 11 pour cent des femmes en union y ont recours contre deux pour cent seulement en milieu rural (voir Figure 3). Les femmes qui ont au moins fréquenté l'école primaire ont plus tendance à avoir recours à des méthodes de contraception modernes ou traditionnelles que celles n'ayant pas été scolarisées.

Figure 3
Utilisation actuelle de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction



EDS-Mali 1987

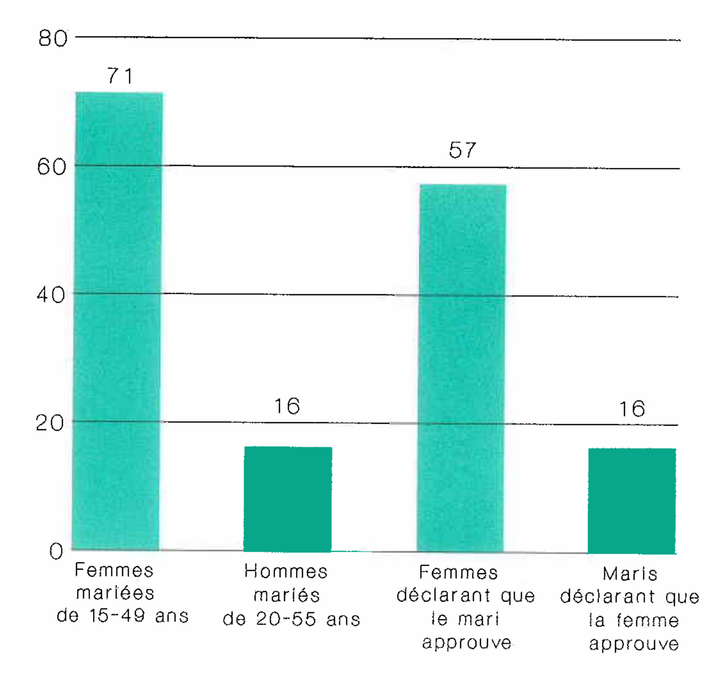
Attitudes à l'égard de la planification familiale

Les hommes ont une attitude plus conservatrice que les femmes à l'égard de la planification familiale. Parmi les personnes connaissant au moins un moyen contraceptif, moins de deux hommes en union sur dix approuvent les couples ayant recours à la contraception pour espacer les naissances, contre sept femmes en union sur dix (voir Figure 4). Cependant, les femmes comme les hommes vivant en milieu urbain et les personnes ayant au moins fréquenté l'école primaire sont plus favorables, dans l'ensemble, à l'utilisation de ces méthodes. De l'avis des femmes, les hommes sont plutôt enclins à accepter la planification familiale, tandis que le témoignage de ces derniers ne concorde pas. Plus de la moitié des femmes ont déclaré que leur conjoint approuvait les couples qui ont recours à la contraception, alors qu'en réalité, seulement 16 pour cent d'entre eux sont du même avis. Ces conclusions soulignent le fait que les conjoints maliens parlent très peu de la planification familiale entre eux.

Parmi les conjoints dont un partenaire au moins connaît une méthode contraceptive, deux tiers n'ont jamais discuté du sujet. En règle générale, les conjoints du milieu urbain et ceux plus instruits sont plus prédisposés à parler de planification familiale.

Interrogés au sujet de la diffusion de l'information sur l'espacement des naissances à la radio ou à la télévision, près de trois quarts des femmes sont d'un avis favorable, contre un tiers seulement des hommes.

Figure 4
ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA CONTRACEPTION



Obstacles à l'utilisation de la contraception

A propos des raisons justifiant la non-utilisation des moyens contraceptifs, plus du tiers des femmes et des hommes citent le manque d'information (voir Tableau 1). Près d'un homme sur quatre invoque la religion comme facteur.

Tableau 1
Raisons citées pour ne pas utiliser la contraception
(chez les non-utilisateurs)

Raison Citée	Femmes (%)	Hommes (%)
Manque d'information	42	36
Désire un enfant	16	16
Religion	6	23
Opposition à la planification familiale	8	5
Risques médicaux	4	7
Inactivité sexuelle	5	3
Autres	19	10

EDS-Mali 1987

On a demandé aux femmes connaissant une méthode contraceptive quel était, selon elles, le problème majeur à l'utilisation. Trente-cinq pour cent environ des femmes en union ont déclaré ne pas savoir; cette réponse cadre bien avec le fait que la plupart d'entre elles n'ont qu'une connaissance superficielle de la contraception. Un tiers à une moitié des femmes pensent que ces méthodes ne posent aucun problème particulier. Pour le reste, le plus grand désavantage du stérilet, de la pilule ou de l'injection est leurs effets secondaires. Le coût de la stérilisation féminine et de l'injection peut aussi être un élément dissuasif. Elles

Nombreux sont les hommes et les femmes qui n'emploient pas de moyens contraceptifs faute de renseignements suffisants.

mentionnent aussi l'opposition de leur mari aux méthodes vaginales, à la stérilisation féminine, à la pilule et à l'injection. Les méthodes jugées les moins efficaces sont les "gris-gris", les herbes médicinales, l'abstinence périodique et le condom.

Ces résultats semblent indiquer que pour mieux faire accepter la planification familiale au Mali, il faudra lancer une campagne d'information et d'éducation soutenue, à l'intention des hommes et des femmes. La participation des dirigeants religieux permettrait aussi d'assurer aux couples que la planification familiale ne va pas à l'encontre des préceptes de l'Islam.

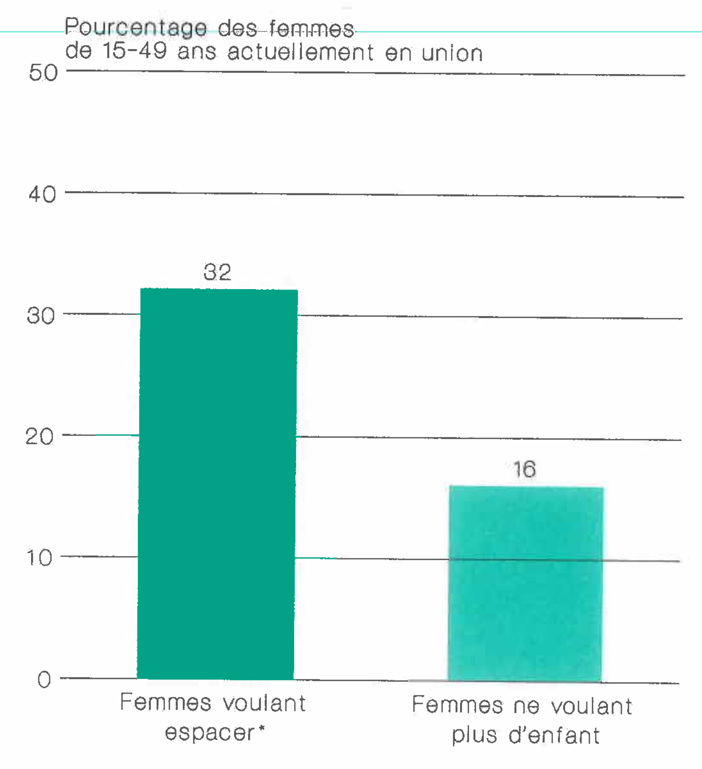
Besoins en services de planification familiale

D'après les estimations, une femme en union sur deux a besoin de services de planification familiale, soit parce qu'elle ne veut plus d'enfant (16 %), soit parce qu'elle souhaite espacer sa prochaine grossesse d'au moins deux ans (32 %) et qu'elle n'utilise pas actuellement de moyens contraceptifs (voir Figure 5).

Selon les estimations, près d'une femme en union sur deux a besoin de services de planification familiale.

Toutefois, seulement une femme sur six déclare avoir l'intention d'utiliser une méthode de contrôle des naissances. La plupart des femmes qui pourraient avoir recours à la contraception, envisagent de le faire dans un délai d'un an et préfèrent les méthodes modernes. Parmi les femmes qui ont besoin de planification familiale, celles du milieu urbain et celles ayant au moins fréquenté l'école primaire sont les plus prédisposées à dire qu'elles sont prêtes à utiliser des moyens contraceptifs.

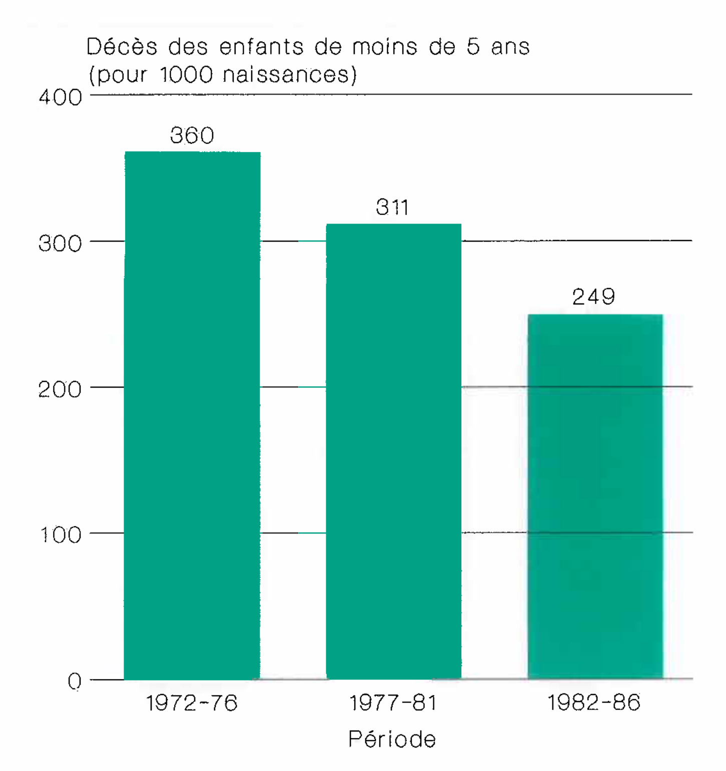
Figure 5
ESTIMATIONS DES BESOINS EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE



* Désire attendre au moins deux ans pour prochain enfant

EDS-Mali 1987

Figure 6
Tendances de la mortalité infanto-juvénile



EDS-Mali 1987

Santé Maternelle et Infantile

Le taux de mortalité infanto-juvénile au Mali reste l'un des plus élevés en Afrique. Actuellement, un enfant sur quatre meurt avant son cinquième anniversaire. Toutefois, les résultats de l'EDS au Mali montrent que

Un enfant malien sur quatre meurt avant son cinquième anniversaire.

ce taux a baissé durant ces 15 dernières années, surtout en milieu urbain (voir Figure 6). Les conclusions de l'EDS soulignent un ensemble de facteurs qui influent directement sur les chances de survie des enfants :

- *Milieu de résidence* Le taux de mortalité infanto-juvénile est plus élevé en milieu rural. Près d'un enfant sur trois vivant en milieu rural meurt avant son cinquième anniversaire.
- *Age de la mère* Un tiers des enfants dont la mère a 19 ans au plus, n'atteint pas son cinquième anniversaire. Le nourrisson dont la mère a 19 ans au plus a 50 pour cent de risque de plus de mourir avant son premier anniversaire que l'enfant dont la mère est âgée de 20 à 34 ans. Le risque de mortalité pour les enfants dont la mère a 35 ans ou plus augmente de 25 pour cent.
- *Niveau d'instruction de la mère* Les enfants dont la mère n'est pas instruite encourent presque deux fois plus de risque de décéder au cours de leur première année de vie que ceux dont la mère a fréquenté au moins l'école primaire.
- *Espacement des naissances* Près de quatre enfants sur dix naissant moins de deux ans après leur aîné n'atteignent pas leur cinquième

anniversaire. Ils encourent une fois et demie plus de risque de mourir que les enfants nés deux ou trois ans à la suite du précédent. Ils courent trois fois plus de risque que l'enfant naissant quatre ans ou plus après son aîné (voir Figure 7).

- *Ordre des naissances* Le taux de mortalité est plus élevé chez les premiers-nés et pour le septième enfant et les suivants.

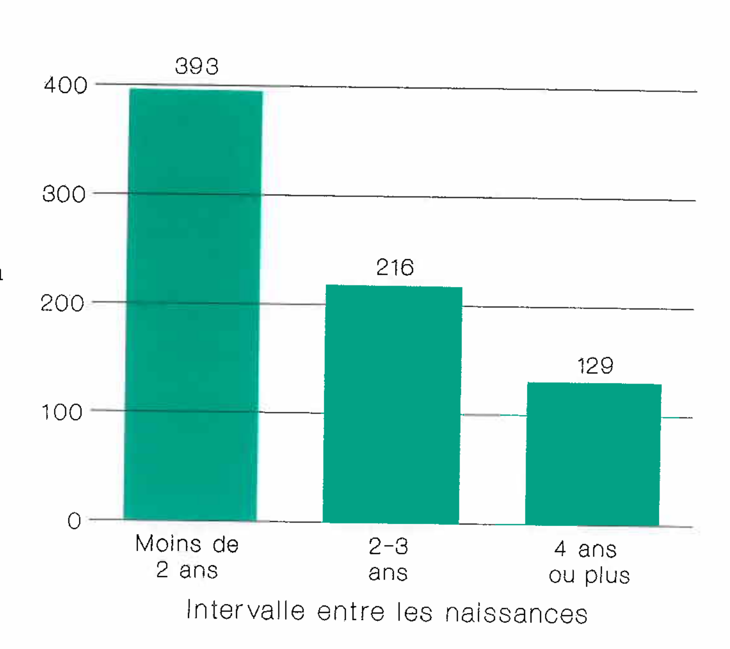
Soins maternels

Dans la mesure où dès sa conception la santé de l'enfant dépend de celle de la mère, la surveillance de la grossesse peut être décisive pour la survie de l'enfant. Près des deux tiers des femmes ayant eu un enfant dans les cinq années précédant l'enquête n'ont reçu aucun soin prénatal.

La plupart des nouveaux-nés ne sont toujours pas protégés contre le tétanos néonatal, alors que cette maladie est particulièrement fatale pour les nourrissons lorsque la mère n'a pas été immunisée et que le cordon ombilical n'est pas coupé et désinfecté selon les consignes de stérilisation médicale. Moins d'une femme sur cinq déclare avoir reçu au moins une injection anti-tétanique au cours de sa grossesse, en vue d'immuniser l'enfant.

Moins d'un tiers des accouchements se produit sous surveillance médicale et un nombre équivalent de femmes se fait aider par des accoucheuses

Figure 7
Espacement des naissances et mortalité infanto-juvénile
(1977-86)



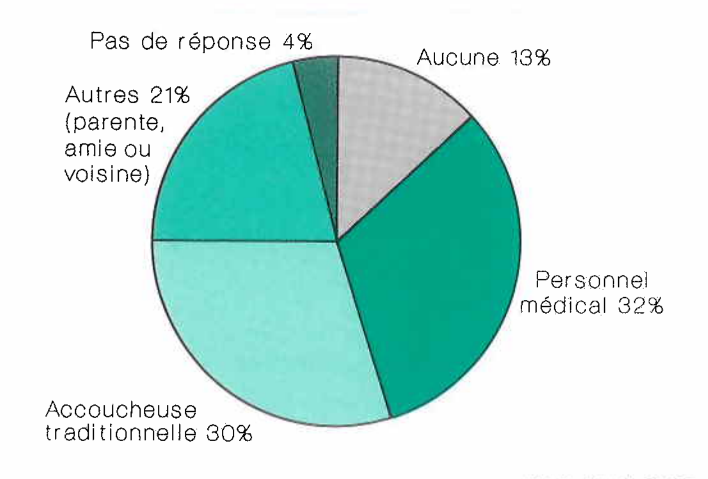
EDS-Mali 1987

traditionnelles (voir Figure 8). Une femme sur cinq est assistée par une parente, une voisine ou une amie. Un grand nombre de femmes (13 %) donne naissance sans aucune aide. Les femmes vivant en milieu rural et celles n'ayant aucune instruction sont plus enclines à accoucher seules que les femmes de la ville et celles ayant au moins fréquenté l'école primaire.

Allaitement et santé de l'enfant

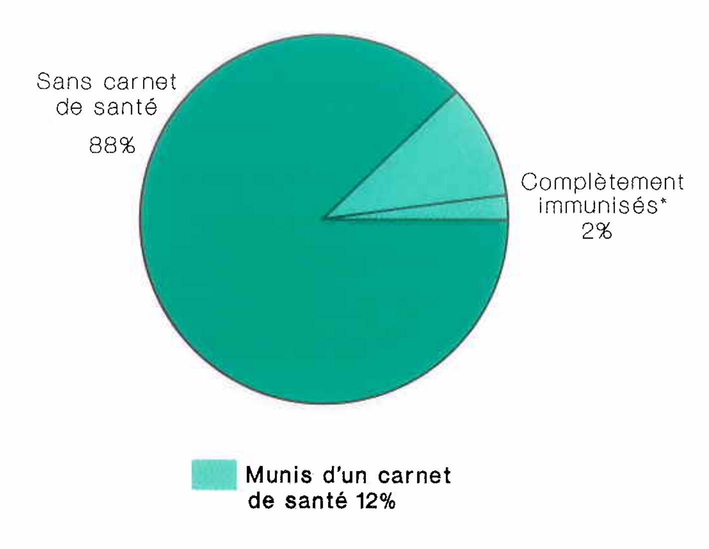
L'allaitement maternel améliore fortement la survie de l'enfant puisqu'il lui fournit les éléments nutritifs essentiels durant sa première année de vie. Les experts nutritionnistes admettent de plus en plus que l'allaitement maternel contribue à diminuer l'incidence de la diarrhée chez les enfants et atténue le risque de contracter des maladies infectieuses. Fort heureusement, la plupart des enfants maliens sont nourris longtemps au sein; la moitié d'entre eux sont allaités pendant 18 mois. Toutefois, les mères vivant en milieu urbain allaitent moins longtemps que celles résidant en milieu rural.

Figure 8
ASSISTANCE LORS DE L'ACCOUCHEMENT
(naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête)



EDS-Mali 1987

Figure 9
COUVERTURE VACCINALE
(enfants de 12-23 mois ayant un carnet de santé)



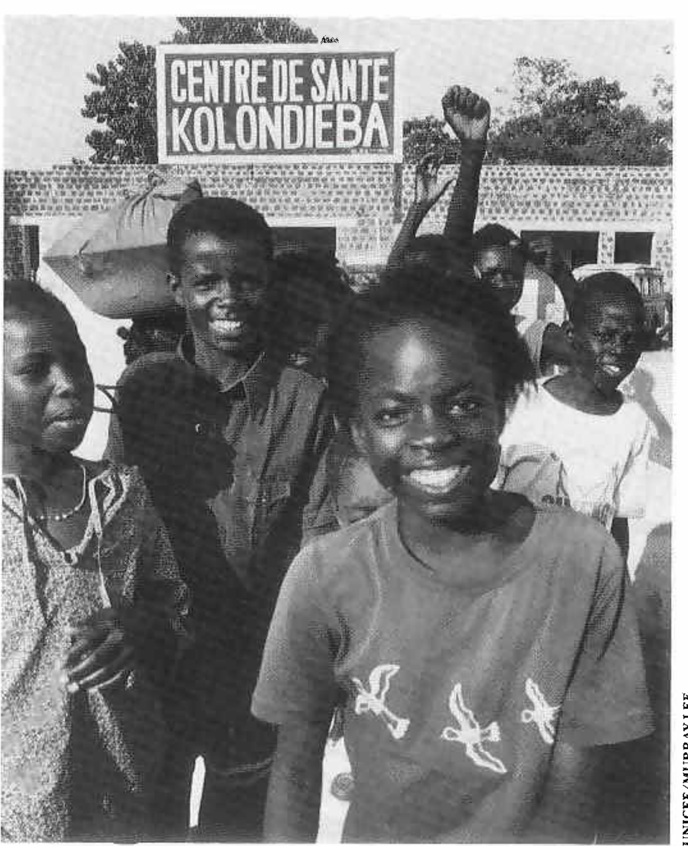
* Complètement immunisés contre les six grandes maladies infantiles: tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole

EDS-Mali 1987

Prévention des maladies infantiles

L'immunisation contre les six grandes maladies infantiles (la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et la rougeole) est un élément essentiel de la stratégie pour améliorer les chances de survie des enfants. Etant donné que 12 pour cent seulement des enfants maliens de moins de cinq ans ont des carnets de santé, il est difficile de déterminer avec précision s'ils ont tous été vaccinés ou non. Entre les enfants munis de carnets de santé et ceux qui, selon leur mère, ont reçu au moins une injection, on estime que la moitié environ des enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés au moins une fois. Parmi les enfants âgés de 12 à 23 mois ayant un carnet de santé, deux pour cent seulement ont été entièrement vaccinés contre les six principales maladies infantiles, et tous ces enfants vivent en milieu urbain (voir Figure 9). Ces résultats montrent que la couverture vaccinale générale est extrêmement faible et qu'il est nécessaire d'entreprendre des campagnes de vaccination et d'information du public. La campagne de programme élargi de vaccination (PEV) menée au Mali s'inscrit dans cette perspective.

Deux pour cent seulement des enfants maliens ayant un carnet de santé sont entièrement vaccinés contre les six principales maladies infantiles.

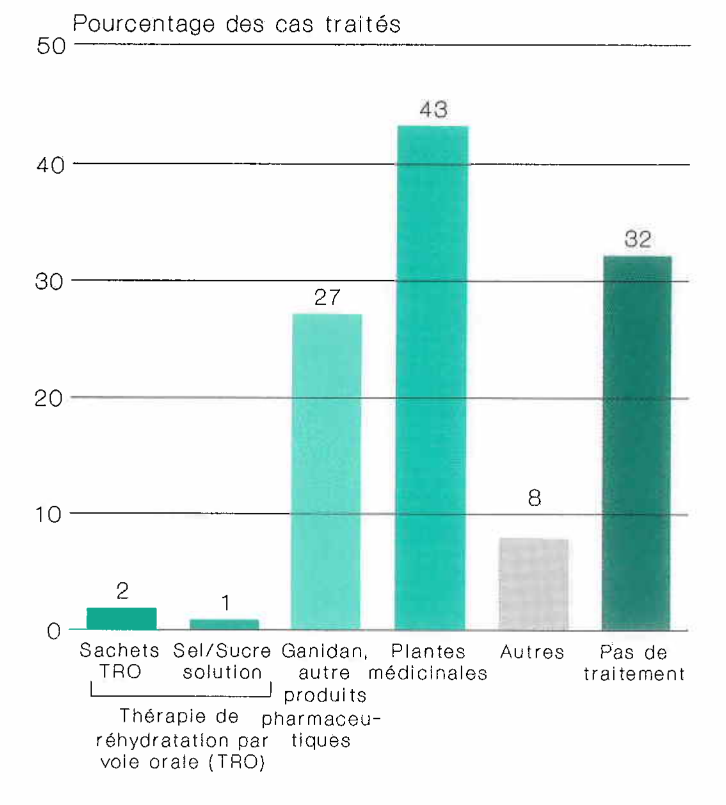


UNICEF/MURRAY-LEE

Diarrhée

La diarrhée, qui est une cause majeure de mortalité infantile, sévit fréquemment chez les enfants de moins de cinq ans. Les mères ont indiqué qu'un

Figure 10
TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE INFANTILE
*(enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête)**



* Le total est supérieur à 100% en raison des réponses multiples

EDS-Mali 1987

enfant sur cinq avait eu la diarrhée dans les 24 heures précédant l'enquête, et qu'un enfant sur trois en avait souffert dans les deux dernières semaines.

La proportion d'enfants ayant eu la diarrhée est similaire en zone rurale et en milieu urbain, à l'exception de Bamako, où cette maladie est moins prévalente.

La prévalence élevée de la diarrhée est un problème médical particulièrement préoccupant quand on considère le peu d'enfants réhydratés par voie orale (TRO), traitement pourtant efficace et peu coûteux permettant de lutter contre la déshydratation (voir Figure 10). Parmi les médicaments les plus couramment employés, citons les préparations à base de plantes, le ganidan et autres produits pharmaceutiques.

Une mère environ sur dix ayant un enfant de moins de cinq ans a entendu parler de la TRO. A l'évidence, il conviendra de lancer des campagnes d'information de sensibilisation sur l'utilisation des sachets de TRO.

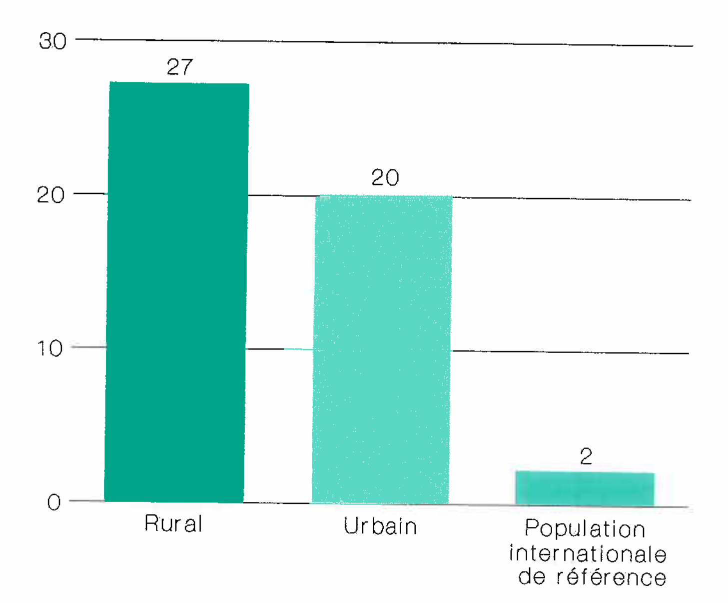
Fièvre

La fièvre sévit aussi très souvent chez les enfants maliens. Un enfant sur trois de moins de cinq ans a eu de la fièvre dans les quatre semaines précédant l'enquête. Un quart d'entre eux n'a reçu aucun soin. Les remèdes fébrifuges les plus courants sont la nivaquine (médicament anti-paludique), les herbes médicinales et l'aspirine. Etant donné que la fièvre est symptomatique de diverses maladies, il est difficile d'apprécier la valeur thérapeutique des médicaments choisis.

Etat nutritionnel des enfants

Selon l'EDS-Mali, un enfant sur quatre est trop petit par rapport à son âge et à la population internationale de référence. Cette conclusion indique que la malnutrition chronique est un problème grave.

Figure 11
Malnutrition infantile
(sur la base du rapport taille-pour-âge des enfants de 3-36 mois)



*Inférieur ou égal à 2 écarts-types au-dessous de la valeur médiane pour la population internationale de référence

EDS-Mali 1987

La malnutrition aiguë provoquée par les déficits alimentaires de courte durée sévit également, frappant un enfant sur dix âgés de 3 à 36 mois.

La malnutrition chronique est deux fois et demie plus élevée chez les enfants âgés de un à trois ans que chez les enfants de moins d'un an, en raison probablement des avantages nutritionnels que procure l'allaitement maternel. La malnutrition chronique est aussi bien observable chez les enfants des villes que chez ceux du milieu rural, où le nombre de victimes est plus élevé (voir Figure 11). Il y a corrélation entre la malnutrition chronique et l'intervalle entre les naissances : un enfant sur trois nés moins de deux ans après leur aîné est mal nourri, contre un enfant sur cinq lorsque ceux-ci suivent le précédent de deux ans ou plus.

Parmi les enfants de moins de 3 ans, un sur quatre donne des signes de malnutrition chronique.

CONCLUSIONS

Les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé réalisée au Mali en 1987 sont une source importante de renseignements pour mettre en oeuvre des programmes de santé maternelle et infantile et des campagnes de planification familiale. Les informations sur la fécondité et la survie de l'enfant peuvent aussi servir à estimer les tendances démographiques et, par conséquent, la demande future en matières d'instruction, d'emploi et d'autres services publics.

Le mariage et la maternité précoces, la préférence pour la famille nombreuse et la faible utilisation de la contraception comptent parmi les facteurs les plus importants responsables du taux élevé de fécondité au Mali. Même si près de la moitié des femmes souhaitent limiter la taille de leur famille ou espacer leurs naissances, la plupart n'ont pas l'intention d'utiliser des méthodes contraceptives, surtout parce qu'elles les connaissent mal. Les hommes manquent d'information sur la contraception et sont plus enclins que les femmes à la désapprouver. Les couples discutent rarement du sujet. Par conséquent, les hommes comme les femmes se trompent sur les opinions de leur conjoint dans ce domaine.

L'état de santé des mères et des enfants reste un sujet de préoccupation. Rares sont ceux qui reçoivent des soins médicaux, et beaucoup d'enfants malades ne sont pas soignés du tout. Au vu des résultats de l'enquête, plusieurs séries de mesures permettraient d'améliorer sensiblement les chances de survie des enfants et l'état de santé des mères, notamment :

- Exhorter les jeunes filles à attendre l'âge de vingt ans au moins avant d'avoir leur premier enfant;
- Informer les femmes et les hommes sur les méthodes modernes de contraception, y compris leurs avantages et inconvénients et leur utilisation correcte, et rendre ces moyens accessibles à tous les couples;
- Encourager les couples à parler de la planification familiale et de sujets connexes;
- Généraliser la surveillance médicale des mères pendant la grossesse et l'accouchement;
- Sensibiliser les parents sur les vaccinations et étendre la couverture vaccinale;
- Former les parents sur l'emploi de la réhydratation par voie orale, en vue d'endiguer les effets déshydratants de la diarrhée;
- Encourager une alimentation adéquate des enfants en surveillant leur croissance et en organisant des campagnes d'information et de formation sur l'usage des produits locaux en vue d'une alimentation de qualité.

C'est de manière concertée qu'il faudra déployer ces efforts pour arriver à réduire la mortalité infantile de façon significative.

PRINCIPAUX INDICATEURS

Résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat, 1987

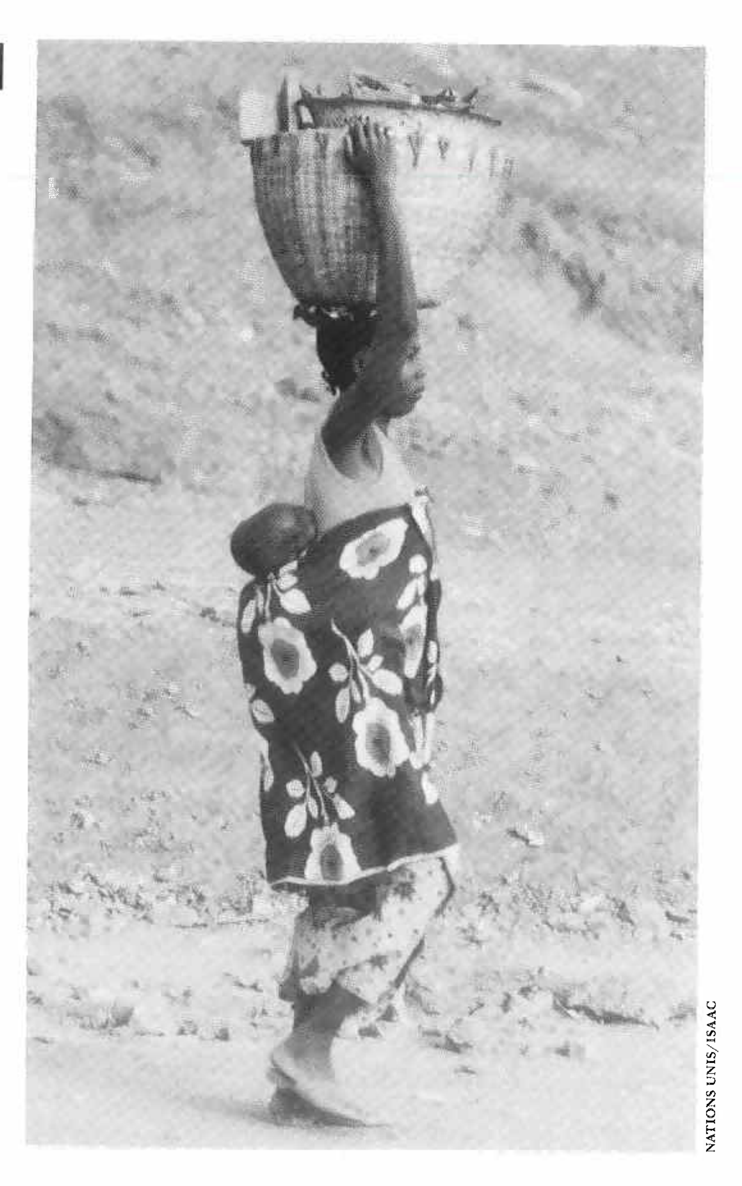
Population totale (en millions)	7,6

Calculés sur la base des résultats du recensement général de la population et de l'habitat et des résultats de l'EDS au Mali, 1987

Taux d'accroissement naturel (en pourcentage)	2,7
Doublement de la population en années	26
Taux brut de natalité (en pour mille)	47
Taux brut de mortalité (en pour mille)	20
Taux d'accroissement intercensitaire (en pourcentage)	1,7
Taux d'accroissement migratoire (en pourcentage)	−1,0

Mali, Enquête Démographique et de Santé, 1987

Taille de l'échantillon	
Femmes âgées de 15 à 49 ans	3.200
Hommes âgés de 20 à 55 ans	970
Enfants âgés de 3 à 36 mois (d'après l'entrevue avec la mère)	1.538
Caractéristiques des enquêtées	
Pourcentage des femmes :	
urbaines	26,2
ayant dépassé le niveau d'instruction primaire[1]	1,1
sachant lire	13,5
Nuptialité et autres déterminants de la fécondité	
Pourcentage des femmes actuellement en union	92,1
Pourcentage des femmes qui sont ou ont été mariées	95,5
Age médian au premier mariage (femmes âgées de 20 à 49 ans)	15,7
Durée médiane de l'allaitement (en mois)[2]	18,1
Durée médiane de l'aménorrhée postpartum (en mois)[2]	13,0
Durée médiane de l'abstinence postpartum (en mois)[2]	2,4
Pourcentage des hommes actuellement en union	78,8
Pourcentage des hommes qui sont ou ont été en union	79,9
Fécondité	
Indice synthétique de fécondité (taille prévisible des familles complètes)[3]	6,7
Nombre moyen d'enfants déjà nés (femmes de 40 à 49 ans)	7,1
Pourcentage des femmes actuellement en union et enceintes	13,0



NATIONS UNIS/ISAAC

Désirs d'enfants

Pourcentage des femmes actuellement en union :	
qui ne souhaitent plus du tout d'enfant (mais qui ne sont pas stérilisées)	16,5
qui souhaitent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans	32,4
Nombre idéal moyen d'enfants (femmes de 15 à 49 ans)	6,9
Pourcentage des grossesses non désirées[4]	3,5
Pourcentage des grossesses survenant à un moment inopportun[5]	10,7

Connaissance et utilisation de la planification familiale

Pourcentage des femmes actuellement en union :	
qui connaissent au moins une méthode	43,2
qui approuvent la planification familiale parmi celles qui connaissent au moins une méthode	70,7
qui ont déjà utilisé au moins une méthode	19,0
qui utilisent actuellement une méthode	4,7
pilule	0,9
stérilet (DIU)	0,1
injection	0,1
méthodes vaginales	0,1
condom	0,0
stérilisation féminine	0,1
abstinence prolongée	1,5
abstinence périodique	1,3
gris-gris	0,5
retrait	0,1
Pourcentage des hommes :	
qui connaissent au moins une méthode	65,4
qui ont déjà utilisé au moins une méthode	15,9
qui utilisent actuellement une méthode	3,7

Mortalité et santé

Taux de mortalité infantile[6]	108
Taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de 5 ans)[6]	249
Pourcentage des mères venant d'avoir un enfant[7] :	
qui ont reçu des soins médicaux pendant leur grossesse	31,4
qui ont été immunisées au moins une fois contre le tétanos pendant leur grossesse	18,2
qui ont reçu l'aide d'un médecin, d'une sage-femme ou d'une infirmière qualifiée lors de leur accouchement	31,9
Pourcentage des enfants âgés de 0 à 2 mois qui étaient allaités au moment de l'enquête	90,4
Pourcentage des enfants âgés de 4 à 5 mois qui étaient allaités au moment de l'enquête	92,7
Pourcentage des enfants âgés de 10 à 11 mois qui étaient allaités au moment de l'enquête	80,4
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont un carnet de santé	11,6
Pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois :	
qui ont un carnet de santé	12,0
qui, d'après le carnet de santé et la déclaration de la mère, ont reçu au moins une vaccination	39,2
qui sont vaccinés d'après les carnets de santé contre :	
le BCG	11,4
le DTCoq	3,4
la poliomyélite	2,7
la rougeole	8,8
toutes les six grandes maladies infantiles	1,8
Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée[8]	34,4
Pourcentage des enfants diarrhéiques de moins de cinq ans qui ont reçu un traitement	68,4
dont TRO	2,2
Pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui ont eu la fièvre[9]	33,1
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans qui ont eu la fièvre, ayant reçu des soins	75,5
Pourcentage des enfants âgés de 3 à 36 mois considérés comme souffrant de malnutrition aiguë, modérée ou sévère, d'après la taille-pour-âge	24,4
Pourcentage des enfants âgés de 3 à 36 mois considérés comme souffrant de malnutrition aiguë, modérée ou sévère, d'après le poids-pour-âge	11,0

[1] Six années d'instruction ou plus
[2] Durée médiane (le point qui départage deux catégories en parties égales) d'après le nombre de naissances survenues au cours des 36 mois précédant l'enquête
[3] Calculé d'après le nombre de naissances survenues parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans au cours des quatre années précédant l'enquête
[4] Pourcentage des naissances non désirées survenues au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête
[5] Pourcentage des enfants nés au cours des 12 mois précédant l'enquête que les mères auraient préféré avoir ultérieurement
[6] Ce chiffre porte sur la période de cinq années précédant l'enquête (de 1982 à 1986, approximativement)
[7] Calculé d'après le nombre de naissances survenues au cours des cinq années précédant l'enquête
[8] Calculé d'après le nombre des enfants de moins de cinq ans qui, d'après leur mère, ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête
[9] Calculé d'après le nombre des enfants de moins de cinq ans qui, d'après leur mère, ont eu la fièvre au cours des quatre semaines précédant l'enquête